DANE PACJENTA	INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH
Imię i Nazwisko ……...…… PESEL: ……...…...……. Nr Ks. Głównej:……....…Sala: ……	LEKARZ PROWADZĄCY ZASTĘPSTWO ZLECONA DIETA UCZULENIA **HBS / HCV**

NAZWA LEKU / DAWKA / DROGA PODANIA / CZĘSTOTLIWOŚĆ		DATA										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										

NAZWA LEKU / DAWKA / DROGA PODANIA / CZĘSTOTLIWOŚĆ		DATA										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Popis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										
	Godziny Podania	>> --> ZMIANA										
		Podpis lekarza										
		Podpis pielęg.										

ZLECENIA JEDNORAZOWE

Data	Godz.	**Lek - nazwa, dawka, droga podania**	**Podpis lekarza**	**Podpis pielęg.**

Inne zlecenia lekarskie:	**Podpis lekarza**	**Podpis pielęg.**